EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr CHARLES MONOD

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1895





CONCOURS ET NOMINATIONS

Externe des hôpitaux, 1866.

Interne des hôpitaux, 1867.

Docteur en médecine, 1873.

Aide de clinique chirurgicale à la Faculté (Hôpital des Cliniques), 1873.

Chef de laboratoire à la Faculté (Hôpital des Cliniques), 1874.

Agrégé à la Faculté (Section de Chirurgie), 1875.

Chirurgien des hôpitaux de Paris, 1877.

Lauréat des hôpitaux (Mention, prix des externes, 1867; Mention, prix des internes, 1868).

Lauréat de la Faculté (Médaille d'argent, prix des thèses, 1873).

II

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre titulaire et Vice-président de la Société de Chirurgie (Secrétaire annuel, 1888, Secrétaire général, 1890-1895).

Membre honoraire (ancien vice-président) de la Société anatomique.

Membre de la Société d'anthropologie.

Membre de la Société de médecine et d'hygiène publiques.

Membre fondateur de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Membre fondateur de l'Association française de chirurgie (membre du Comité d'administration).

III

ENSEIGNEMENT

Conférences de pathologie chirurgicale à l'hôpital des Cliniques, 1874.

Conférences d'histologie pathologique à l'hôpital des Cliniques, 1875.

Remplacement du professeur Broca à l'hôpital Necker (vacances de 1878 et de 1879).

Remplacement du professeur Trélat à l'hôpital Necker (vacances de 1880, 1882, 1883).

Cours auxiliaire de pathologie externe à la Faculté de médecine, 1882.

Conférences cliniques à l'hôpital Saint-Antoine.

Chargé de cours (enseignement des stagiaires) 1894-1895, hôpital Saint-Antoine.

PUBLICATIONS

I. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

1. — Étude sur l'angiome simple, sous-cutané circonscrit (nævus vasculaire sous-cutané, angiome lipomateux, angiome lobulé) suivie de quelques remarques sur les angiomes de l'orbite.

(*Thèse inaugurale*, in-8°, 2 planches. Paris, 1873.)

Dans cette thèse, à laquelle la Faculté de Médecine a bien voulu attribuer une médaille d'argent, après avoir tracé l'histoire clinique d'une variété d'angiome, qui par ses caractères, au lit de malade, se rapproche singulièrement du lipome, et indiqué les signes qui permettent cependant de l'en distinguer, je fais une étude détaillée de la structure de la tumeur et de son développement, montrant comment le tissu adipeux se transforme peu à peu en un tissu vasculaire (angiome simple) qui peut par places devenir caverneux. Deux planches, dessinées d'après mes préparations, complètent et éclairent cette démonstration.

2. — Contribution à l'étude anatomique des angiomes.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1873. p. 531.)

Ce travail n'est que la reproduction de la partie anatomique de ma thèse.

3. — Angiome sous-cutané. Examen histologique et remarques.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1875, p. 85, et *Archives générales de médecine*, 6e série, t. XXV, p. 351. 1875.)

Pièce du service de M. le professeur Duplay, présentée à la Société anatomique par M. Deffaux. — L'examen histologique m'en fut confié, je ne pus à cette occasion que confirmer les résultats déjà consignés dans les travaux précédents.

4. — Examen histologique d'une tumeur vasculaire et sanguine du derme d'origine traumatique.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1873, p. 701.)

Examen d'une pièce présentée par M. Martin. Discussion de l'action du traumatisme sur le développement des angiomes.

5. — Angiomes douloureux.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. V, p. 652, 1879.)

J'ai pu, à propos de ce fait, démontrer que la douleur souvent excessive que l'on observe au niveau de certaines tumeurs sous-cutanées (fibromes, angiomes), est liée à la présence dans la capsule d'enveloppe de filets nerveux, souvent peu nombreux, difficiles à découvrir, mais dont la présence suffit à expliquer les phénomènes observés.

M. Trélat a bien voulu faire sur ce travail un rapport où il adoptait mes conclusions.

6. — Tumeurs non carcinomateuses du sein.

(*Archives générales de médecine*, 6e série, t. XXV, p. 22. 1875.)

Je me suis efforcé de montrer dans ce travail les différences fondamentales qui séparent les carcinomes et les tumeurs non carcinomateuses du sein. Dans celles-ci, la texture de la glande est, pendant un temps du moins, respectée. C'est dans le tissu inter-acineux que se développe la néoplasie, refoulant, déformant, mais ne détruisant pas l'élément glandulaire. Ces déformations de l'élément glandulaire sont communes aux fibromes, sarcomes et myxomes du sein; c'est par l'étude du tissu intermédiaire à l'élément glandulaire déformé que se fait le diagnostic anatomique du néoplasme.

Ce mémoire a été traduit en anglais par Ch. J. Cullingworth et publié *in extenso* dans *The obstetrical Journal of Great Britain and Ireland*, n° 25, avril 1875.

7. — Tumeurs à myéloplaxes (sarcomes angioplastiques).

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, 2e série t. V, p. 375, 1878.)
(En collaboration avec le Dr Malassez.)

Le point original de ce mémoire est la démonstration des relations existant entre les éléments dits myéloplaxes et les vaisseaux. Les plaques à noyaux multiples désignées sous le nom de myéloplaxes peuvent être vues creusées de vacuoles, remplies de globules sanguins et munies de prolongements s'anastomosant les uns avec les autres, constituant en un mot des éléments semblables aux cellules et aux réseaux vaso-formateurs. Les myéloplaxes ne sont donc pas, comme on l'a cru, des éléments parfaits, spéciaux à certains tissus mais plutôt des éléments incomplètement développés; on pourrait les considérer comme des vaisseaux métatypiques. D'où cette conséquence, que les tumeurs à myéloplaxes ne doivent pas être envisagées comme formant un groupe absolument distinct; ce sont des néoformations conjonctives plus ou moins embryonnaires, se développant dans le sens vasculaire, des sarcomes angioplastiques.

Cette variété de néoplasme ne doit donc pas non plus être considérée comme spéciale au tissu osseux; elle peut se rencontrer partout où le sarcome peut se développer.

C'est à tort aussi que l'on a rangé la tumeur à myéloplaxes parmi les tumeurs bénignes. Elle peut avoir toute la gravité du sarcome.

Une revue historique et critique sur ces éléments, qui ont reçu tour à tour le nom de cellules géantes, de cellules multinucléaires, de cellules mères, de myéloplaxes, de plaques à noyaux multiples, termine cette étude. Des figures très démonstratives, dessinées d'après nature, montrent les rapports que ces éléments peuvent affecter avec les vaisseaux sanguins.

.8 — Lymphadénome de la parotide.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, t. VI, p. 508, 539 1880.)

Examen histologique d'une pièce présentée par M. Notta (de Lisieux). Cet examen fait au Collège de France, de concert avec M. Malassez, démontra qu'il s'agissait d'un lymphadénome. C'est, semble-t-il, le premier exemple connu de lymphadénome de la parotide.

.9 — Petits kystes de l'épididyme. Pathogénie et structure.

(Archives de physiologie normale et pathologique, 3e série, t. V, p. 253 (fig.) 1885, et Compte rendu du 1er Congrès français de chirurgie, p. 275, 1885.)
(En collaboration avec le Dr Arthaud.)

Nous avons cherché à établir, en nous appuyant sur des pièces recueillies à l'hospice d'Ivry, que les petits kystes de l'épididyme, absolument distincts des grands kystes, comme l'avait bien montré Gosselin, sont en relation avec le travail de sclérose dont le testicule est le siège chez des individus âgés de 50 à 60 ans et au delà.

Cette sclérose, qui est surtout péri-canaliculaire, aboutit par places à l'oblitération complète des conduits de l'épididyme, d'où la dilatation variqueuse de ceux-ci en arrière de l'obstacle.

La formation de la cavité kystique résulte du développement de ces dilatations ampullaires.

Ces dilatations kystiques sont ou très multipliées et disséminées dans toute l'épaisseur de la tête de l'épididyme, ou plus rares, et forment de petites tumeurs en apparence isolées, se laissant plus ou moins aisément détacher du tissu épididymaire sous-jacent.

Ce processus est analogue à celui des formations kystiques qui se développent dans les néphrites interstitielles et dans les parotidites par ligature du conduit excréteur.

Une série de figures éclairent cette démonstration.

10. — De la perforation des artères au contact des foyers purulents ou inflammatoires.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VIII, p. 666, 1882.)

On avait contesté à la Société de chirurgie la possibilité de la perforation des artères, au contact des foyers purulents ou inflammatoires, en dehors de toute cause mécanique adjuvante. Je me suis efforcé d'établir par l'analyse de 88 observations, dont deux personnelles, la réalité du fait.

Tout en reconnaissant que cette perforation se fait le plus souvent par voie d'ulcération sous la pression d'un corps étranger (drain, séquestre) ou à la suite de manœuvres chirurgicales qui ont contusionné le vaisseau, j'ajoutai (ce sont mes dernières conclusions) :

« 3° Elle semble quelquefois ne relever d'aucune autre cause que du mauvais état général du malade, agissant suivant un mode mal connu.

« 4° Elle peut certainement aussi se produire sous la seule action du pus, déterminant, par voie d'inflammation, dans l'épaisseur des parois vasculaires, des modifications anatomiques qui aboutissent à leur destruction.

« 5° Un brusque changement de la tension artérielle (effort, mouvement, simple ouverture de la collection purulente) a pu faciliter la rupture du vaisseau altéré et aminci.

« 6° Le mauvais état général du malade (épuisement par suppuration prolongée, septicémie, tuberculose, fièvre, etc.), interviendrait souvent comme cause adjuvante, en entravant les phénomènes de réparation ou d'oblitération, qui pourraient mettre obstacle à l'hémorrhagie. »

Je réunis à la fin de ce travail les observations que j'ai recueillies, groupées suivant le siège de l'hémorrhagie.

11. — Perforation de l'artère poplitée dans un foyer purulent. Ligature de la fémorale. Mort.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VIII, p. 737. 1882.)
(Rapport sur une observation du Dr Bouilly.)

12. — Phlegmon de la paume de la main. Hémorrhagies répétées. Ligature de l'humérale. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VIII, p. 754.)
(Observation du Dr Bertin (de Gray.)

Ces deux observations viennent à l'appui des propositions qui précèdent.

Je fais remarquer que celle de M. Bertin offre ceci de particulièrement intéressant, que la perforation s'est produite dans un phlegmon aigu, accident qui avait été considéré comme presque impossible. Je n'ai du reste, sur mes 88 observations, trouvé qu'un seul cas semblable.

13. — Ulcération de l'artère poplitée contenue dans un foyer purulent. Hémorrhagie. Mort.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIII, p. 484, 1887.)
(Rapport sur une observation de M. de Larabrie (de Nantes.)

J'ai eu enfin, cinq ans plus tard, occasion de revenir sur ce sujet, à propos d'une observation de M. Larabrie (de Nantes.)

En m'appuyant sur ce fait, et sur quatre autres publiés depuis mon premier travail, j'ai cherché à établir à nouveau « que l'ulcération spontanée d'une artère, lorsqu'elle a été longtemps plongée dans un foyer purulent, est plus fréquente qu'on ne le croit communément ».

14. — Etat anatomique du testicule en ectopie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIII, p. 510, 1887.)

Je montre, par l'étude histologique des pièces que j'ai eues entre les mains, que les lésions anatomiques du testicule ectopié varient avec l'âge de l'ectopie, que, chez les sujets jeunes, l'intégrité de la glande peut être absolue, mais que peu à peu se produit une sclérose qui aboutit à une atrophie complète.

Cette évolution met d'accord les auteurs qui affirment l'intégrité de la glande ectopiée, et ceux qui la nient. Tout dépend de l'époque où l'examen a été fait.

15. — Du lymphangiome cutané et sous-cntané circonscrit.

(*Compte rendu du 3e Congrès français de chirurgie*, p. 422, 1888.)

Observation rare, dont je n'ai pu trouver que deux semblables, à propos de laquelle je distingue le lymphangiome vrai des lymphangiectasies, plus communes. Je trace rapidement l'histoire clinique et anatomo-pathologique de cette affection et montre que l'intervention opératoire n'a pas dans ces cas la même gravité que dans les lymphangiectasies.

16. — Contribution à l'étude du panaris analgésique (maladie de Morvan).

Archives générales de médecine, 7e série, t. XXII, p. 28, 1888.)
(En collaboration avec M. Reboul.)

Profitant des pièces fournies par l'amputation de doigts chez un malade atteint de panaris analgésique, nous avons essayé d'établir, en nous appuyant sur les examens faits par notre collègue et ami le

Dr Gombault, que cette singulière affection devait être rattachée à une lésion des nerfs périphériques (névrite périphérique).

On sait que cette démonstration, faite par nous pour la première fois, a été plus tard contestée par MM. Gombault et Reboul, qui, dans une autopsie complète, ont découvert des altérations de la moelle cervicale permettant de rapprocher la maladie, dite de Morvan, de la syringomyélie (type Morvan). D'autre part, dernièrement (Zambaco), on n'a voulu voir dans la maladie de Morvan qu'une variété de lèpre anesthésique. La question demeure donc ouverte.

17. — Contribution à l'étude des infections par streptocoques.

(*Revue de chirurgie*, t. XIV, p. 81, 1894.)
(En collaboration avec le Dr Macaigne.)

Je reproduis ici les conclusions qui terminent ce travail et qui en donneront une idée suffisante :

1° L'infection streptococcique généralisée se présente sous deux formes principales : septicémie streptococcique, pyohémie streptococcique.

2° L'infection septicémique peut être démontrée par l'examen bactériologique fait sur le cadavre. Il importe et il est facile d'établir que la présence de microbes dans les organes n'est pas d'origine cadavérique.

3° La septicémie streptococcique parfois *primitive* est le plus souvent *secondaire*, survenant :

a. Soit au cours de *maladies générales* à manifestation gutturale (diphtérie, scarlatine, variole, etc.), dont elle est une des principales causes de mort ;

b. Soit comme complication d'une *affection streptococcique locale*, habituellement curable, à laquelle elle donne une allure grave et qu'elle conduit à une issue fatale. C'est alors l'examen bactériologique des organes qui démontre son existence. Si cet examen des organes est négatif, c'est que la mort dans cette affection streptococcique locale est le fait d'une intoxication, d'une toxémie favorisée par l'étendue de la suppuration et le mauvais état des organes d'élimination (foie, rein).

4° Au point de vue anatomique, on trouve dans les organes du septicémique, outre les lésions propres aux maladies infectieuses en général, des amas de streptocoques ne déterminant autour d'eux aucune réaction leucocytaire et altérant simplement les éléments cellulaires qu'ils englobent.

5° Moins virulent, le streptocoque, entraîné par le sang, localise son action nocive sur un organe (endocarde, vaisseaux, rein) qui réagit à sa manière. Généralement cette localisation est une suppuration franche en foyer unique (phlegmon, arthrite) ou en foyers multipliés : c'est l'infection purulente ou pyohémie streptococcique.

6° La cause de l'infection streptococcique en général paraît être la grande virulence du micro-organisme. L'expérimentation et l'observation clinique démontrent que cette augmentation possible du pouvoir nocif du streptocoque est due soit au milieu (putréfaction), soit à son association avec d'autres microbes, en particulier avec les saprophytes.

7° La porte d'entrée est généralement facile à déterminer, c'est une plaie cutanée ou muqueuse, ou une lésion inflammatoire d'une muqueuse (angine, broncho-pneumonie, etc.). Parfois elle reste indéterminée (suppuration d'origine traumatique sans plaie, pyohémie spontanée).

8° Le pronostic de l'infection streptococcique généralisée est d'une gravité bien connue. La présence du streptocoque dans le sang constatée pendant la vie ne comporte pas un pronostic absolument fatal (guérison spontanée ; intervention chirurgicale).

La gravité du pronostic paraît liée à la virulence de l'agent pathogène et à la résistance de l'organisme, celle-ci dépendant de l'intégrité des organes.

II. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES

1. — De l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du corps.

(*Archives générales de médecine*, 6e série, t. XIII, p. 536, 676, 1869.)
(En collaboration avec le professeur Trélat.)

Dans ce travail qui repose sur l'étude d'un malade observé dans le service de mon excellent et regretté maître Trélat, et sur celle de dix cas semblables recueillis dans la science, nous nous sommes efforcés de rechercher la pathogénie de ce vice de conformation aussi rare que curieux. Il nous a paru qu'il était lié à un trouble survenu dans la circulation sanguine plutôt que dans la circulation lymphatique, sorte d'éléphantiasis sanguin, par opposition à l'éléphantiasis lymphatique, plus commun et plus connu.

2. — Article : Caustiques. Cautérisation.

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1re série, t. XIII, p. 405, 432, 1873.)
(En collaboration avec le professeur Trélat.)

Nous avons dans deux articles successifs étudié avec détail, dans son application et dans ses effets, cette grande méthode d'action chirurgicale.

3. — Étude comparative des diverses méthodes de l'Exérèse.

(*Thèse présentée au concours pour l'agrégation* (*section de chirurgie*), Paris 1875.)

Cette thèse a été écrite à un moment où la méthode antiseptique appliquée aux pansements des plaies opératoires n'avait pas encore conquis

définitivement sa place. Le sujet qui m'était imposé indique suffisamment quelle était la préoccupation des chirurgiens d'alors : éviter les accidents qui résultaient de l'emploi du bistouri. J'eus donc à passer en revue les diverses méthodes non sanglantes de l'exérèse, ligature, écrasement linéaire, cautérisation, galvano caustie, etc., à en discuter les avantages et les inconvénients, à poser les indications de leur emploi, tout en reconnaissant, avec Broca, que l'instrument tranchant, malgré tous les efforts, d'ailleurs si utiles, faits pour le déposséder, reste, comme auparavant, la ressource principale de la chirurgie ; qu'il constitue toujours la méthode la plus générale à laquelle on doit avoir recours, sauf indications contraires.

4. — Article : Corps étrangers.

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1re série, t. XX, 1877.)

Dans cet article qui repose sur l'étude d'un grand nombre de faits, je passe en revue la nature, le mode d'introduction, le sort des corps étrangers introduits dans l'organisme et termine par les divers procédés de traitement qui leur sont applicables.

5. — De l'extension continue dans le traitement des arthrites.

(*Archives générales de médecine*, 7e série, t. I, p. 702, 1878.)

Dans ce travail déjà ancien, je fais valoir les avantages de l'extension continue dans le traitement des arthrites, mode de traitement, non inconnu, mais alors trop négligé en France. Je cherche à établir que les bons effets de l'extension continue sont dus surtout à la suppression de la contracture musculaire qui accompagne habituellement les arthrites

douloureuses; subsidiairement on observe pour la même raison la correction des arthrites vicieuses, et peut-être un certain degré d'écartement des surfaces articulaires, favorable à la guérison de la lésion. Mais pour obtenir ces résultats il faut que la traction soit vraiment continue. Rien ne vaut mieux pour cela que les poids suspendus à l'extrémité du membre. Je termine par quelques indications sur le mode d'application de l'extension continue et sur les meilleurs moyens de la réaliser.

6. — Greffe cutanée.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 647, 1881.)

A propos d'une observation de M. Mayer, je fais une histoire complète de la greffe cutanée. J'établis d'abord que c'est M. Le Fort qui a eu le premier l'idée (1872), et qui l'a heureusement exécutée, de transporter sur une surface cruentée, un lambeau de peau complètement détaché et recouvrant toute la perte de substance à combler, véritable greffe animale, dans le sens où Paul Bert entendait ce mot. Il s'agissait de la cure d'un ectropion cicatriciel.

Trois ans plus tard, Wolfe, chirurgien écossais, fit une opération semblable qui eut beaucoup plus de retentissement; c'est sous le nom de *méthode de Wolfe* que ce procédé de traitement de l'ectropion est communément désigné.

Depuis lors les tentatives se sont singulièrement multipliées. J'ai pu réunir en un tableau, avec indications relatives au mode opératoire, à l'étendue des lambeaux transplantés, aux résultats immédiats et définitifs, 40 observations empruntées à divers auteurs.

Je termine par la description de la meilleure technique à suivre pour assurer le succès de l'opération.

7. — Sutures tendineuses.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 332 et 359, 1885.)
(Rapport sur une observation de M. Schwartz.)

8. — Greffe tendineuse. Transplantation d'nn tendon emprnnté à un chien.

(*Ibidem*, t. XII, p. 356, 1886.)
(Rapport sur une observation de M. Peyrot.)

9. — Greffe tendineuse. Transplantation d'un tendon de lapin chez l'homme.

(*Ibidem*, t. XIII, p. 392, 397, 1887.)
(Deux observations personnelles.)

A propos d'une observation de M. Schwartz qui n'avait pu, en raison de leur trop grand écartement, réunir les deux bouts d'un tendon divisé, et qui, par un ingénieux procédé de dédoublement, était parvenu à tourner cette difficulté, — je passe en revue les divers moyens employés en pareille circonstance par les opérateurs (suture par anastomose, vaginoplastie tendineuse, suture des deux bouts à la peau, etc.).

Je me demande en terminant, si, dans un cas semblable, « on ne pourrait emprunter soit au malade lui-même par voie de dédoublement d'un tendon voisin, ou mieux à un membre fraîchement amputé, ou bien encore à un animal vivant, un fragment tendineux que l'on fixerait entre les deux extrémités du tendon rompu, lorsque leur rapprochement est impossible. Les récentes expériences de Gluck sur la greffe tendineuse et musculaire permettent de penser que cette pratique pourrait être suivie de succès. »

Je ne croyais pas si bien dire. Dès l'année suivante, M. Peyrot nous présentait un malade chez lequel il avait réussi à transplanter un fragment de tendon de chien entre les deux extrémités d'un tendon fléchis-

seur coupé. Le résultat fonctionnel était imparfait, mais le fragment tendineux transplanté ne s'était pas exfolié et l'on pouvait admettre qu'il s'était définitivement uni aux deux extrémités du tendon divisé.

Chargé de présenter un rapport sur cette observation, j'en faisais ressortir l'importance. Elle établissait la possibilité de la greffe tendineuse chez l'homme. Les expériences de Gluck en Allemagne, celles d'Assaky et de Fargin en France, avaient montré que cette tentative pouvait aboutir chez les animaux. Jamais elle n'avait été faite chez l'homme.

J'eus moi-même, peu après, occasion de la renouveler avec un plein succès chez un jeune homme qui avait eu le tendon du fléchisseur du pouce coupé, avec un écart de plus de 5 centimètres entre les deux fragments. J'ai présenté ce malade à mes collègues, qui ont pu constater un complet retour des fonctions du pouce.

J'ai depuis lors pratiqué une seconde fois la même opération, avec le même bon résultat. L'observation n'a pas été publiée.

J'ai, cette année même (1895), revu ces deux malades, chez lesquels on peut constater le bon état et le bon fonctionnement du tendon reconstitué.

10. — Mal perforant.

(*Progrès médical*, t. XII, p. 1 et 20, 1884.)

Exposé didactique de la question à propos de quatre cas personnels. Après avoir exposé les signes et la marche de la maladie, je passe en revue les théories diverses émises au sujet de la pathogénie du mal perforant. Tout en reconnaissant que la théorie nerveuse répond à la majorité des cas, je montre qu'il faut aussi tenir grand compte de la compression mécanique.

De cette considération découle nécessairement l'importance du traitement prophylactique, consistant en une hygiène bien entendue.

11. — Traitement des kéloïdes.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 321, 324, 716, 1885.)

Dans la discussion ouverte à la Société de chirurgie à propos de ma communication, la plupart de mes collègues penchèrent vers l'abstention. J'eus la satisfaction de pouvoir leur présenter un cas dans lequel l'intervention pour une kéloïde cicatricielle étendue du cou avait été suivie d'une guérison qui paraissait devoir être durable.

Je puis ajouter que la guérison s'est maintenue.

12. — Greffe de Thiersch (greffe dermo-épidermique à grands lambeaux).

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 271, 1888. *Ibidem*, 1889, p. 65; 1894, p. 575; 1895, p. 397.)

Au retour d'un voyage à Bâle où j'avais vu M. Socin appliquer ce procédé de greffe, j'en fis moi-même l'essai dans mon service avec un plein succès.

J'ai eu, depuis, bien souvent occasion de l'employer. On m'a objecté que ces greffes finissaient, à la longue, par disparaître. J'ai, cette année (1895), présenté à mes collègues un malade opéré depuis plus d'un an, où le revêtement cutané ainsi obtenu était demeuré intact.

Dans ma première communication sur ce sujet, je donne la technique de cette petite opération.

13. — Acupressure.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 252, 1881.)
(Rapport sur une observation de M. Pozzi.)

L'acupressure (pression à l'aide d'aiguilles) a été inventée par Simpson pour éviter de laisser dans la plaie un corps étranger organique (fil) qui fatalement entraîne inflammation et suppuration; une aiguille passée au niveau du vaisseau et le comprimant légèrement suffit à y arrêter le cours du sang, et peut être retirée dès que l'hémostase est définitive. Les fils de soie stérilisés ou les fils de catgut, actuellement d'emploi courant, ont fait presque complètement abandonner l'acupressure de Simpson. Il est cependant des cas, comme celui de M. Pozzi (hémorrhagie de la paume de la main), où aucun fil ne peut être appliqué et où l'acupressure peut rendre service.

14. — Valeur des pansements antiseptiques à la suite des opérations.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VIII, p. 121, 1882.
Ibid. t. XI, p. 25, 1885.)

Une première fois, en 1882, à propos d'une communication de M. Després, je groupais une série de statistiques, empruntées à divers auteurs, tendant à établir la supériorité des pansements antiseptiques.

Plus tard, en 1885, m'appuyant sur ma pratique personnelle, je repris la même démonstration, en ce qui concerne spécialement l'amputation du sein.

15. — Remarques sur une des causes de la mort prompte post-opératoire, faussement attribuée au choc traumatique (œdéme cérébral consécutif à une néphrite interstitielle).

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XII, p. 222, 1886.)

On a depuis longtemps fait ressortir le peu de valeur scientifique du mot *choc traumatique*, employé pour expliquer la mort de certains opérés, ce mot ne servant le plus souvent, suivant l'expression de M. Verneuil, qu'à dissimuler notre ignorance.

Le fait que je rapporte montre qu'une autopsie complète permet parfois de découvrir la cause d'une mort qui semblait échapper à toute explication.

Il s'agit d'une femme morte dans le coma, vingt-quatre heures après une kélotomie d'une extrême simplicité, et sans accidents de péritonite. On reconnut que cette malade était atteinte d'une lésion ancienne des reins ayant donné lieu à une de ces *urémies lentes*, bien étudiées par le professeur Raymond, qui évoluent silencieusement et tuent par œdème cérébral.

16. — Considérations sur la classification des tumeurs.

(*Revue de chirurgie*, t. VII, p. 165, 1887.)
(En collaboration avec le Dr Arthaud.)

Ce travail comprend deux parties : des considérations sur la classification des tumeurs en général; l'application de ces données à la classification des tumeurs du testicule.

Après avoir établi la vérité des deux lois formulées, l'une par J. Müller : ***toute tumeur est constituée par un tissu analogue aux tissus normaux***; l'autre par Virchow : ***les éléments des tumeurs dérivent d'anciens éléments de l'organisme***, nous montrons avec Cohnheim que toutes les véritables tumeurs peuvent être considérées comme le résultat d'un vice de déve-

loppement embryonnaire. Toute *véritable* tumeur est, pour nous, *un organe nouveau qui se développe à une phase quelconque de la vie post-embryonnaire et qui suit dans son évolution une marche analogue à celle qui marque son accroissement à la période d'organisation primitive.*

Les tumeurs vraies se subdivisent en *tératomes* (tumeurs développées aux dépens de trois feuillets de blastoderme), *tumeurs mixtes* (tumeurs développées aux dépens de deux feuillets de blastoderme ou de divers éléments d'un seul, — épithéliomes mixtes, endothéliomes mixtes) et *tumeurs pures*, développées aux dépens d'un seul feuillet du blastoderme, se subdivisant par conséquent en tumeurs ecto-ento et méso-dermiques.

Toutes les tumeurs peuvent être groupées dans l'un ou l'autre de ces groupes. Nous en donnons le tableau pour les tumeurs en général, tout d'abord, puis pour les tumeurs du testicule en particulier.

Cette classification, disons-nous en terminant, « est loin d'être, dans toutes ses parties, d'accord avec les idées reçues. Nous croyons cependant que l'étude ultérieure des pièces, faite à la lumière des idées théoriques que nous avons exposées, justifiera les divisions générales que nous voudrions voir adopt

17. — Chloroforme et trachéotomie.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, t. XIV, p. 464, 1888.)

J'admets les avantages du chloroforme pour faciliter l'opération de la trachéotomie, tout en signalant le danger qui peut résulter de la pénétration du sang dans la trachée, le malade endormi l'expulsant mal. Il suffit pour parer à ce danger de provoquer rapidement le réveil des opérés.

18. — Éther et Chloroforme.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 439, 1894.
Ibidem, t. XXI, p. 410, 1895.)

Depuis le mois de mai 1894, j'emploie à l'hôpital l'éther pour endormir mes opérés, sauf contre-indications spéciales que j'énumère.

J'analyse 241 cas, dans lesquels j'ai fait relever les détails de l'anesthésie, au point de vue du mode d'administration, de la durée, de la quantité d'éther employée, des vomissements, etc.... Je reconnais que le chloroforme donne une anesthésie plus agréable pour le malade et pour le chirurgien.

Mais il paraît démontré qu'il est incontestablement plus dangereux. Cette raison suffit pour que préférence soit donnée à l'éther.

19. — Valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure. Étude expérimentale et clinique.

(9e *Congrès de chirurgie*, 1895.)
(En collaboration avec le Dr Macaigne.)

Nous établissons la valeur antiseptique de l'oxycyanure de mercure, valeur qui, à la dose où j'emploie ce sel mercurique (5 pour 1000), paraît supérieure à celle de la liqueur de Van Swieten. Cette solution a de plus l'avantage de n'attaquer ni les mains du chirurgien, ni ses instruments. Depuis plus de quatre ans, j'en fais un usage courant, soit à l'hôpital, soit en ville, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

III. — AFFECTIONS DE LA TÊTE, DU COU ET DU RACHIS.

1. — Grenouillette hydatique.

(*Bulletins de la Société anatomique*, p. 211, 1869.)

Il s'agit d'un kyste hydatique du plancher de la bouche, observé dans le service de M. Gosselin, ayant tous les caractères cliniques de la grenouillette. Davaine ne cite que deux cas de kyste hydatique de la bouche, l'un de l'amygdale, l'autre de la gencive.

2. — Lipome du plancher de la bouche.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 565, 1881.)

La tumeur avait toutes les apparences d'une grenouillette avec prolongement sus-hyoïdien. Elle fut facilement énucléée à travers une incision intra-buccale.

3. — Note sur le diagnostic et le traitement des kystes dermoïdes du plancher de la bouche.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVII, p. 482, 1891.)

4. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche.

(*Ibid.* t. XVIII, p. 487, 1892.)

Dans ma première communication, après quelques remarques sur l'anatomie pathologique et le diagnostic de ces tumeurs, je préconise, au moins pour celles qui sont latérales, l'opération par la bouche, pour éviter une cicatrice qui, chez la femme, n'est pas sans importance.

Pour les kystes médians, comme le montre mon second cas, l'incision cutanée sur la ligne médiane semble préférable.

5. — Tumeurs mixtes de la muqueuse buccale.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVI, p. 48, 1890.)
(Rapport sur un travail de M. de Larabrie, de Nantes.)

A la suite de M. de Larabrie, j'étudie cette variété de tumeurs, improprement appelées adénomes, qui sont en réalité des épithéliomes, mais en général des épithéliomes typiques, d'allure pendant longtemps bénigne, et facilement énucléables.

6. — Traitement du bec-de-lièvre.

(*Progrès médical*, t. XII, p. 711, 1884.)

Je termine cette leçon clinique consacrée à l'étude du traitement du bec-de-lièvre par ces mots qui la résument :

« Opérez de bonne heure le *bec-de-lièvre simple*. Opérez-le à la naissance, ou au moins dès le premier mois de la vie. Il y a urgence physiologique à intervenir à cette époque, c'est-à-dire que vous mettrez l'enfant en état de prendre le sein, et que vous lui éviterez l'alimentation artificielle et ses dangers. Après le premier mois cette indication capitale n'existera plus, l'enfant aura perdu l'instinct de la succion. Opérez-le cependant le plus tôt possible, avant le début du travail de dentition. Si celui-ci est déjà commencé, attendez que les huit premières incisives aient fait leur évolution.

« L'opération du bec-de-lièvre n'est dangereuse que par l'hémorrhagie dont elle s'accompagne; cette complication, d'autant plus à craindre que l'enfant est plus jeune, est évitée grâce à l'emploi du couteau thermique pour les débridements.

« Pour ce qui est du procédé opératoire, donnez la préférence à celui de Mirault, heureusement modifié par Broca.

« Pour le *bec-de-lièvre compliqué*, assurez-vous d'abord que l'enfant est viable, en état de supporter l'alimentation à la cuiller à laquelle il

sera, même après l'opération, nécessairement réduit. Pour cela, soumettez-le à des pesées régulières, et constatez que son poids augmente. Alors, et alors seulement, opérez-le. Ici encore, et par le même moyen que tout à l'heure, même pour certaines sections osseuses, l'hémorrhagie est insignifiante.

« Faite dans ces conditions l'opération du bec-de-lièvre, même compliqué, n'est pas dangereuse et devra être exécutée le plus tôt possible. La réunion des parties molles favorise en effet le rapprochement des parties osseuses divisées, bénéfice considérable qu'on ne doit pas négliger. »

7. — Cancroïde de l'angle externe de l'œil. Ablation. Autoplastie à l'aide d'un grand lambeau frontal.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XV, p. 63, 1889.)

8. — Tumeur non cancéreuse du maxillaire inférieur.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VIII, p. 664, 1882.)

A propos de cette pièce j'attire l'attention sur un fait depuis longtemps signalé par M. Forget, à savoir que, dans les tumeurs non cancéreuses du maxillaire inférieur, le canal dentaire, et par suite le nerf du même nom, demeurent longtemps intacts ; que par conséquent la recherche de la sensibilité dans la région du menton peut être d'un précieux secours pour le diagnostic, et pour la discussion de l'opportunité d'une intervention.

9. — Kyste de la mâchoire inférieure formé autour d'une dent incluse.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVI, p. 131, 1890.)

Petite fille, 13 ans. La dent incluse était une canine de seconde dentition. La canine de première dentition correspondante, anormalement persistante, était restée en place à l'arcade dentaire.

10. — Kyste congénital du cou.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 540, 1885.)
(Rapport sur une observation de M. Dubar, de Lille.)

Ce fait donne la raison anatomique de la difficulté de guérison de certains kystes congénitaux du cou. La tumeur opérée une première fois par moi, à Paris, par injection de chlorure de zinc, s'était reproduite. M. Dubar, qui fit l'ablation de la poche à Lille, reconnut que la cavité présentait des prolongements tapissés d'épithélium que le chlorure de zinc avait respectés. — Avec M. Dubar, je conclus à l'importance de l'ablation complète de ces tumeurs, condition souvent difficile à réaliser.

11. — Goître. Ablation. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 643, 1880.
/ *Ibid.* t. VII, p. 826, 1881.)
(Présentation de malade, observation et remarques.)

12. — De la résection de l'extrémité terminale du nerf dentaire inférieur, dans les névralgies rebelles de ce nerf.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. X, p. 580, 1884.)

13. — Névralgie rebelle du nerf dentaire. Résection de l'extrémité terminale du nerf par le procédé de M. Ch. Monod.

(*Ibid.* t. XIII, p. 782, 1886.)
(Rapport sur un travail de M. Jeannel.)

L'énoncé qui précède indique suffisamment la nature de l'opération pratiquée et son objet.

Dans un premier travail, en m'appuyant sur deux observations personnelles et sur onze autres empruntées à divers auteurs, réunies en

tableaux à la suite de ma communication, je montrais, après avoir passé en revue les divers procédés conseillés par la cure des névralgies du dentaire inférieur, les avantages, et parfois la singulière efficacité de celui que je préconisais. Un de mes malades, chez lequel la névralgie avait récidivé six mois après l'élongation du nerf dentaire, demeurait guéri au bout d'un an, à la suite de l'arrachement de toute l'extrémité terminale du nerf.

Deux ans plus tard, à propos d'une communication de M. Jeannel, sur deux malades opérés par mon procédé, l'une avec un plein succès, l'autre sans résultat, je concluais de la sorte :

1° Le diagnostic de l'origine centrale ou périphérique de la névralgie faciale est entouré jusqu'ici de difficultés parfois insurmontables;

2° Dans le doute, toutes les fois que, dans une névralgie rebelle du dentaire inférieur, le point de départ de la douleur siège manifestement dans la région du nerf mentonnier, on sera autorisé à tenter tout d'abord la destruction de l'extrémité terminale du nerf;

3° Le procédé que j'ai conseillé pour y parvenir donne un résultat opératoire complet; il est simple, à la portée de tous, sans danger pour le malade; la plaie qu'il nécessite et les cicatrices qu'il laisse sont sans importance. Je persiste à croire qu'il peut être recommandé;

4° Il laisse la porte ouverte à toute intervention ultérieure plus radicale, s'adressant à des portions plus élevées du nerf et même à des nerfs voisins (poly-névrotomies de Letievant).

14. — De la trachéotomie préventive dans l'ablation des tumeurs du plancher de la bouche et du pharynx.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XII, p. 126 et suiv., 1886. *Ibid.*, t. XIX, p. 262, 1893.)

J'ai attiré l'attention de la Société de chirurgie sur la valeur de la trachéotomie faite préventivement, lors de l'ablation des tumeurs de l'arrière-bouche et du pharynx. La trachéotomie préventive, en pareil cas, a un double avantage : on peut, grâce à elle, éviter la pénétration du

sang dans les voies respiratoires et réaliser l'antisepsie de la plaie opératoire.

C'est sur ce dernier point que j'ai particulièrement insisté. Les opérés, à la suite d'extirpations profondes de la langue ou d'interventions analogues, succombent souvent à des pneumonies ordinairement qualifiées de septiques. La trachéotomie préventive, qui permet de garnir la plaie de gaze iodoformée, met à l'abri de cette grave complication.

L'existence de pneumonies septiques, survenant dans ces conditions, ayant été contestée, j'ai essayé d'établir par le raisonnement et par l'observation le bien fondé de mon opinion.

Ma communication a été l'origine d'une intéressante discussion, dans laquelle les divers procédés opératoires applicables à la cure des tumeurs de l'arrière-bouche et du pharynx ont été passés en revue.

15. — Contribution à l'étude des indications de la thyrotomie et de la laryngotomie pour cancer du larynx.

(Communication à l'Académie de médecine, 6 décembre, 1887; *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 2e série, t. XXIV, p. 821, 1887.)
(En collaboration avec le Dr Ruault.)

Le fait que nous communiquions à l'Académie nous paraissait de nature à éclairer les points suivants :

1° Existence dans le larynx de tumeurs dites cancéreuses, mais qui, par leur exacte limitation et par leur structure (épithélioma), ont, pendant un temps du moins, des allures relativement bénignes;

2° Possibilité d'établir le diagnostic alors que la tumeur est encore limitée;

3° Dès que ce diagnostic sera posé, pratiquer l'ablation de la tumeur.

Faite de bonne heure, la laryngectomie pourra être parfois partielle et être suivie, nous en donnons plusieurs exemples, de guérison durable

16. Œdème aigu du larynx.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 297, 1888.)

J'établis dans cette courte note « qu'il existe dans la science des exemples incontestables d'œdème aigu du larynx, suivi de mort, sans qu'un traumatisme ait précédé les accidents, ou que la découverte à l'autopsie d'une collection purulente ait pu les expliquer ».

17. — Du traitement du spina-bifida par l'excision.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 211, 1892. (Rapport sur un cas de M. Walther.)

18. Spina-bifida lombo-sacré. Excision. Guérison.

(*Ibid.*, t. XIX, 207, 1893.) (Observation personnelle.)

J'ai eu deux fois occasion d'aborder devant la Société de chirurgie la question du traitement du spina-bifida par l'excision.

La première fois, à propos d'une observation de M. Walther, dont j'ai pris texte pour rappeler les diverses opérations semblables récemment pratiquées, en poser les indications et en rechercher les résultats.

La seconde fois, en présentant à mes collègues une observation personnelle d'excision de spina-bifida lombo-sacré chez un enfant âgé de cinq jours. Ce second fait offrait en outre cet intérêt que, conduit au cours de l'opération à réséquer un gros cordon nerveux qui aurait pu être pris pour la moelle, j'ai pu démontrer que ce fragment, bien que formé de substance nerveuse, n'avait pas la texture de la moelle, et en était réellement indépendant.

L'excision de ce tronçon n'avait au reste donné lieu à aucun phénomène paraplégique.

Je ne m'étais cru autorisé à pratiquer cette excision que parce que j'étais arrivé à reconnaître qu'il était sans importance physiologique.

Je tirais de cet incident un argument en faveur du traitement du spina-bifida par l'excision, seul procédé qui permette de se rendre compte *de visu* de l'état des parties.

19. — Fracture du crâne. Enfoncement du sinus frontal. Trépanation immédiate. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 567, 1888.)

20. — Fractures du crâne par balles de revolver.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIII, p. 427, 1887. *Ibidem.*, t. XX, p. 192, 299, 509, 1894.)

D'observations personnelles et de relevés statistiques, je conclus à l'avantage d'une intervention prudente, en raison : 1° des lésions osseuses qui accompagnent ces traumatismes, la gravité de la blessure dépendant autant de la fracture concomitante que de la présence du projectile; 2° de la fréquence et de la gravité des accidents consécutifs survenant souvent à longue échéance; 3° des bons résultats fournis par certaines interventions.

On ne s'acharnera pas cependant à la recherche du projectile. — Je me range aux préceptes formulés par M. Gérard Marchant : « faire les incisions nécessaires pour explorer largement la plaie, agrandir au besoin la brèche osseuse, extraire les corps étrangers (os et projectiles) qui se présenteront, en sachant borner ses recherches, si le corps du délit n'est pas immédiatement et facilement accessible ».

21. — Article : Maxillaires. Pathologie.

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série t. V, 1872.)
(En collaboration avec M. le professeur Guyon.)

Cet article considérable forme une monographie complète de la pathologie des maxillaires où les diverses lésions de ces os — inflammations, nécrose, tumeurs, — ainsi que celles du sinus et de l'articulation temporo-maxillaire, — sont successivement passées en revue.

IV. — AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN DU FOIE ET DE LA RATE.

1. — Gastro-entérostomie

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XV, p. 572, 592, 1889.)
(Rapport sur une observation de M. Roux, de Lausanne.)

2. — Gastro-entérostomie. Observation personnelle.

(*Ibid.*, t. XIX, p. 85, 1893.)

3. — Gastro-entérostomie pratiquée à l'aide du bouton de Murphy.

(*Ibid*., t. XX, p. 837, 1894.)

4. — Nouvelles observations de gastro-entérostomie.

(*Ibid.*, t. XXI, p. 293, 298, 1895.)

5. — Pièces et observations.

(*Bulletin de la Société anatomique*, 1893, p. 81 et 524, 1893; présentées par M. Jayle.)

Une première fois j'abordais devant la Société de chirurgie la question de la gastro-entérostomie à propos d'une observation de M. Roux (de Lausanne). Cette opération était alors peu connue en France où elle n'avait été pratiquée qu'une seule fois (Pozzi). L'étude que j'en ai faite — historique, indications, manuel opératoire — a contribué, je crois, à en répandre l'usage.

J'ai eu moi-même six fois occasion de la pratiquer, deux fois par le procédé des sutures, quatre fois à l'aide du bouton de Murphy. J'ai exposé les avantages qui me paraissent résulter de l'emploi du bouton américain. J'adopte sur certains points la pratique du Dr Doyen (de Reims) (refoulement de l'épiploon dans l'arrière-cavité des épiploons, fixation

du côlon au bord inférieur de l'estomac). Je préconise aussi le retournement de l'anse qui doit être anastomosée avec l'estomac, manœuvre qui facilite le fonctionnement de la nouvelle ouverture stomacale. J'insiste enfin, avec la plupart des auteurs, sur la nécessité d'opérer avant la période de cachexie.

6. — Gastrostomie et Gastropexie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVII, p. 799, 1891: t. XVIII, p. 182, 228; 600, 837, 1892; t. XX, p. 702, 1894.)

J'ai montré les avantages de la gastrostomie faite en deux temps pour le traitement palliatif des retrécissements de l'œsophage. Non que je cherche par là à rendre l'opération moins dangereuse, mais plutôt à la faire accepter par le malade, à une date où l'ouverture de l'estomac n'est pas absolument nécessaire. On sait que le moment opportun pour l'établissement de la fistule stomacale est souvent difficile à déterminer. « En décomposant l'intervention en deux temps, cette difficulté est tournée. Le malade se soumettra volontiers à la première partie de l'opération (gastropexie), qui ne changera rien à sa manière de vivre; il sera heureux de penser que si l'obstacle à l'alimentation venait à augmenter, il pourra y être pourvu aussitôt et par la moindre des interventions. »

On peut ajouter que par ce moyen on fait à l'estomac la plus petite ouverture possible, condition excellente pour éviter l'issue du suc gastrique et l'agrandissement par voie d'ulcération de la fistule. Sur un de mes malades ainsi opéré depuis 1892, jamais une goutte de suc gastrique ne s'est échappée au dehors: ainsi que j'ai pu le constater encore cette année (1895).

---

7. — De la hernie à double sac ou à sac intra-vaginal.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. IX, p. 210, 1883.)

A propos d'une communication de M. Trélat sur les hernies congénitales s'étranglant à la partie inférieure du conduit vagino-péritonéal, à la jonction de ce conduit et de la vaginale, j'établis qu'à côté de cette variété il en est une autre, bien étudiée par Bourguet d'Aix, véritable hernie intra-vaginale, dont la pathogénie est très différente. Je montre l'importance pratique de cette distinction.

8. — Étranglement interne. Laparotomie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVI, p. 372, 1890.)

9. — Traitement de l'occlusion intestinale aiguë.

(Compte rendu du 7e *Congrès français de chirurgie*, p. 827, 1893.)

De cinq observations d'occlusion intestinale, dont quatre terminées par la guérison, je conclus que dans les cas d'étranglement interne aigu, surtout lorsqu'on a quelque raison de croire que l'obstacle porte sur l'intestin grêle, il conviendrait d'agir suivant les règles universellement adoptées aujourd'hui pour le traitement de la hernie étranglée, de l'étranglement dit externe.

S'assurer tout d'abord que l'obstacle est réel, et pour cela le lavement électrique paraît être une des meilleures pierres de touche. S'il est démontré tel, procéder aussitôt à une laparotomie qui, dans certains cas, pourra n'être qu'exploratrice, mais sera dans d'autres, et plus souvent qu'on ne le pense, véritablement curative.

Je cite des faits qui viennent à l'appui de cette manière de voir.

10. — Du traitement de la constipation rebelle par la dilatation forcée de l'anus.

(*Annales de thérapeutique médico-chirurgicale*, p. 52, 1890.)

Je montre, d'après des faits personnels, l'action que la dilatation forcée de l'anus peut avoir dans certains cas de constipation rebelle, et recherche la raison physiologique de cette action.

11. — Traitement des hémorrhoïdes.

(Rosenbaum. Résultats immédiats et éloignés du traitement des hémorrhoïdes par la dilatation forcée. — *Thèse inaugurale*, Paris, 1895.)

J'ai communiqué à M. Rosenbaum les résultats que j'ai obtenus dans la cure des hémorrhoïdes par la dilatation forcée de l'anus. Ils ne sont pas encourageants.

J'ai du reste depuis longtemps renoncé à ce mode de traitement, ou, du moins, ne constitue-t-il, pour moi, que le premier temps d'une intervention plus radicale. Celle-ci consiste dans la section au thermocautère ou au bistouri des bourrelets hémorrhoïdaires, suivie de la suture de la portion de muqueuse divisée.

12. — Appendicite suppurée chez nn enfant en traitement pour une ostéite tuberculeuse du pied. Foyer médian, probablement dans la cavité de Retzius.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 635, 1894.)

Je communique cette observation pour la rapprocher d'un fait semblable rapporté par M. Schwartz.

13. — Vingt-deux cas d'appendicite.

(Compte rendu du 8e *Congrès français de chirurgie*, p. 206, 1894.)

14. — Contribution à l'étude des appendicites.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XXI, p. 497, 1895.)

Dans une courte note, j'ai l'an dernier, au Congrès de Lyon, donné l'impression qui résultait pour moi de l'étude de vingt-deux cas d'appendicite, traités par intervention opératoire, avec dix-sept guérisons et cinq morts. Je concluais que « l'incision abdominale, faite en temps utile dans l'appendicite aiguë, constitue la plus précieuse des ressources ».

Cette année même, à la Société de chirurgie, je reprenais cette question avec plus de détails, en m'appuyant sur de nouveaux faits, qui portaient à trente-trois le nombre de mes interventions. J'envisage successivement, d'après mon expérience personnelle, ce qui a trait aux phénomènes de début de la maladie, à la fièvre qui l'accompagne, aux signes locaux par où elle se manifeste, à la date, au mode et lieu d'intervention, aux lésions observées, et enfin aux résultats obtenus.

Cinq fois seulement, sur un ensemble de trente-huit cas, j'ai vu la guérison survenir spontanément. Lorsque je suis intervenu, j'ai eu parfois le regret d'avoir agi trop tard, jamais celui d'avoir fait une opération inutile.

A ces trente-huit cas, je puis joindre quatre observations de résection de l'appendice dite *à froid*, toutes terminées par la guérison.

---

15. — Kystes hydatiques multiples de l'épiploon et du petit bassin. — Laparotomie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 452, 1854.)

16. — Du traitement des kystes hydatiques du foie par l'incision antiseptique.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 808, 1885. *Ibid.*, t. XV, p. 306, 1889.)

Je me rallie à ce mode de traitement des kystes hydatiques du foie, et cite trois observations à l'appui. Je pourrais aujourd'hui en rapporter plusieurs autres qui n'ont pas été publiées, ces faits étant maintenant de connaissance vulgaire.

17. — Du traitement des abcès du foie par l'incision large (procédé de Stromeyer-Little).

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t, XVII, p. 786, 1891.)

Au cours d'une discussion ouverte sur ce sujet à la Société de chirurgie, je rapporte les observations de deux malades traités par ce moyen. L'un d'eux ayant succombé, l'autopsie montra que l'abcès opéré était en voie de cicatrisation, mais qu'il existait deux autres collections qui n'avaient pas été atteintes et vidées. Je fais remarquer à ce propos la fréquence de ces collections multiples chez les malades morts à la suite d'une intervention en apparence heureuse, et l'importance qu'il y aurait par conséquent à les reconnaître. Cela est malheureusement souvent impossible.

18. — Cholécystectomie. Cholécystostomie. Cholécystentérostomie.

(*Communication à l'Académie de médecine*, t. XXIX, p. 106, 1893.)

J'ai eu six fois occasion d'intervenir pour la cure des calculs de la vésicule biliaire.

Une première fois, par cholécystentérostomie, la malade opérée tardivement a rapidement succombé. Une seconde fois il s'agissait d'une hydropisie de la vésicule avec très nombreux calculs : résection de la vésicule, fermeture de la plaie sans drainage, guérison rapide. Le malade a été présenté à l'Académie.

Mes deux autres malades ont chacune été opérées deux fois. Dans une première séance, je fis l'ouverture de la vésicule, l'extraction des calculs et la fixation des bords de la vésicule à la plaie abdominale. Dans les deux cas, il se forma une fistule biliaire rebelle, — guérie chez l'une par avivement et suture, chez l'autre par cholécystentérostomie.

Ces faits doivent être repris par moi dans un travail d'ensemble qui est en préparation.

19. — Volumineux abcès stérile de la rate. Splénotomie. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 668, 1892.)

Il s'agit d'un cas tout à fait exceptionnel d'abcès développé dans l'épaisseur de la rate, dont l'origine demeura incertaine. L'examen du pus et d'un fragment de la poche montra qu'il ne s'agissait ni d'un kyste hydatique suppuré, ni d'un abcès tuberculeux.

La malade est revenue mourir deux ans après à Saint-Antoine d'une pneumonie du sommet probablement tuberculeuse. L'autopsie n'a pu être faite.

V. — AFFECTIONS DES VOIES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME (REIN,. VESSIE) (PÉNIS).

1. — Fistule urinaire abdominale d'origine rénale. Néphrectomie. Guérison.

(*Communication à l'Académie de médecine*, 15 juin 1886.
Observation *in extenso* dans : Brodeur, *de l'Intervention chirurgicale dans les affections du rein*. Thèse inaugurale, Paris, 1886, p. 276.)

Ce fait, outre l'intérêt qu'il présente au point de vue des indications opératoires et du succès de l'intervention, offre cette particularité que l'on put, pièce en mains, trouver la cause, assurément peu ordinaire, de la fistule urinaire rebelle qui avait motivé l'opération : rupture d'un kyste superficiel du rein, dont la cavité communiquait largement avec le bassinet. — Mon opéré, que je n'ai pas perdu de vue, est actuellement encore en pleine santé.

2. — Gros calcul ramifié du rein. Néphrectomie. Mort.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XV, p. 396, 1889.)

La mort, dans ce cas, parut devoir être rapportée à une néphrite interstitielle constatée à l'autopsie dans le rein du côté non opéré.

Ce fait peut être rapproché d'une observation citée plus haut, où un cas de mort prompte post-opératoire, en apparence inexplicable, à la suite d'une kélotomie, parut, à l'autopsie, dépendre d'une néphrite interstitielle méconnue.

3. — Rein polykystique. Néphrectomie. Survie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XV, p. 595, 1889.
Ibidem, t. XVI, p. 238, 1890.)

Je présentais à la Société de chirurgie, en 1889, un rein polykystique enlevé par néphrectomie, en faisant toutes réserves sur le sort ultérieur

de l'opérée, me fondant pour cela sur les recherches de M. Lejars qui avait montré que cette lésion était habituellement bilatérale.

Ce qui me donnait cependant quelque espoir, c'est que : 1° le rein du côté opposé (ce qui m'avait décidé à intervenir) n'avait donné lieu à aucune manifestation spontanée ou provoquée quelconque; 2° que la malade dès le lendemain de l'opération avait uriné en notable abondance.

L'année suivante (1890) je pus donner à la Société des nouvelles de ma malade, qui se portait bien, je puis ajouter que cette femme a été revue par moi, encore vivante, cette année (1895).

4. — Néphrectomie. Quatre observations et remarques.

(*Compte rendu du 4e Congrès français de chirurgie*, p. 534, 1889, et *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, t. IX, p. 649, 1889.)

Dans cette communication, je joins, dans une étude d'ensemble, aux trois faits précédents, un quatrième cas de néphrectomie, pour tuberculose du rein, suivi de mort. La malade, soit anuric réflexe, soit lésion semblable de l'autre rein, mourut le septième jour, sans autres accidents, par suite de suppression complète de la sécrétion rénale.

5. — Néphrite suraiguë de cause indéterminée. Néphrectomie. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 133, 1892.)

L'opération dut être faite, pour ainsi dire d'urgence, chez une jeune fille, qui depuis plusieurs jours avait un état général grave et une fièvre vive et qui ne présentait d'autre lésion apparente qu'une tuméfaction volumineuse de la région du rein droit. L'incision, d'abord exploratrice, conduisit sur un rein énorme et manifestement malade qui fut enlevé. Dès le lendemain, la fièvre et les phénomènes graves disparaissaient et la guérison suivait promptement. Elle s'est maintenue jusqu'à ce jour. Le rein examiné ne contenait pas de pus, mais était parsemé de petits points gris jaunâtre, dont l'examen histologique pratiqué par mon collègue, M. Netter, n'a pu déterminer la nature.

6. — Pyélonéphrite suppurée avec phénomènes de cystite douloureuse rebelle. Néphrectomie sous-capsulaire. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XV, p. 208, 1890.)

J'attire, à propos de ce fait, l'attention sur la nécessité d'explorer avec soin le rein, alors même que les phénomènes de cystite paraissent prédominer. Il a suffi chez mon malade de supprimer le rein pour faire disparaître tous les troubles vésicaux.

7. — Hydronéphrose intermittente. Néphrectomie. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIX, p. 340, 346, 1893.)

Ce fait n'a d'autre intérêt que celui de venir à l'appui des idées défendues par MM. Terrier et Marcel Baudouin sur le mécanisme de formation de l'hydronéphrose intermittente. On voyait, en effet, nettement sur la pièce la coudure caractéristique de l'uretère.

Chez cette malade l'hydronéphrose d'abord intermittente était devenue permanente et formait une tumeur volumineuse qui fut abordée par voie transpéritonéale. Le rein, réduit à une coque mince, fut enlevé avec la poche kystique.

8. — Lipome capsulaire du rein. Ablation par laparotomie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 681, 1892.)

Le point de départ exact de cette tumeur, qui pesait près de 7 kilogrammes, est resté indéterminé. J'avais cru tout d'abord à un lipome capsulaire du rein, mais l'impossibilité de trouver trace du parenchyme

rénal soit à l'œil nu, soit au microscope, laisse la question en suspens. La guérison ayant heureusement suivi, il n'a pas été possible de s'assurer de l'existence du rein du côté opéré.

9. — Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose d'origine traumatique.

(*Compterendu du 6e Congrès de chirurgie*, p. 347, 1892, et *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, t. XII, p. 342, 1892.)

Un homme, quelques jours après un violent traumatisme de la région du rein, voit se former dans le flanc une tuméfaction notable, manifestement fluctuante. Le liquide extrait par ponction a l'aspect de l'urine, mais est loin d'en avoir tous les caractères. La collection se reforme; elle est de nouveau évacuée et de nouveau elle se reproduit. Ce n'est qu'après une troisième ponction qu'elle disparaît définitivement.

Tel est le fait que j'avais observé et dont j'ai cherché l'explication.

On trouve dans la science de rares exemples semblables ou analogues.

Ils ont presque tous été rangés dans la catégorie des contusions du rein avec hydronéphrose consécutive.

Je cherche à établir que, si l'hydronéphrose traumatique est certaine, elle ne se présente pas dans les conditions ou avec les caractères que j'ai observés; que dans mon observation, et dans celles qui peuvent en être rapprochées, il s'agit « d'épanchements urineux siégeant dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, et résultant, dans la grande majorité des cas, d'une rupture partielle de l'uretère ».

Dans des tableaux annexés à ce travail, j'ai réuni et résumé vingt-sept observations dans lesquelles une collection liquide, non sanglante, s'est formée dans la région du rein à la suite d'un violent traumatisme.

---

10. — De la taille hypogastrique.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 758, 1881.)
(Deux observations de M. Bois. Trois observations personnelles.)

11. — Taille hypogastrique et remarques.

(*Ibidem*, t. X. p. 87, 1883.)
(Trois observations personnelles.)

12. — Taille hypogastrique. Guérison.

(*Ibidem*, t. X, p. 251, 1883.)
(Rapport sur une observation de M. Schwartz.)

13. — Sur quatre observations de taille hypogastrique.

(*Ibidem*, t. X. 898. 1883.)
(Rapport sur les observations de MM. Mouchet, Jobard, Villeneuve et Girou.)

14. — De la taille hypogastrique chez les enfants.

(*Ibidem*, t. X, p. 950, 1884.)

15. — Taille hypogastrique, sans sonde à demeure.

(*Ibidem*, t. XIII, p. 489, 1887.)
(Rapport sur une observation de M. Jobard, de Wassy.)

16. — De la taille hypogastrique.

(*Gazette hebdomadaire*, t. XX, p. 63, 1883.)
(Lettre à M. Paul Reclus.)

Il me sera bien permis de rappeler la part que j'ai prise au mouvement qui a remis en honneur parmi nous la taille hypogastrique pour la cure des calculs de la vessie.

C'est en 1880, pendant que je remplaçais mon maître M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker, que je fis mes trois premières opérations de taille sus-pubienne avec le bon concours de mon élève et ami le Dr Bazy.

Je communiquais, en 1881, ces trois faits à la Société de chirurgie, à propos d'un rapport sur deux observations semblables qui nous avaient été adressées par M. Bois (d'Aurillac). Je montrais la valeur et les avantages de cette opération « trop négligée par nos contemporains, et qui mérite dans la pratique chirurgicale une autre place que celle qu'elle y occupe aujourd'hui ».

« Il semble, du reste, disais-je, qu'en ce moment même un mouvement important se dessine en ce sens. » Et je rappelais la communication de M. Th. Anger lue au Congrès de Londres en 1881 sur les modifications qu'il proposait d'apporter à la technique de l'opération ; celle de M. Ch. Périer faite la même année à l'Académie de médecine sur l'emploi du ballon, dit de Petersen, pour en faciliter l'exécution.

J'ajoutais qu'en Amérique, depuis cinq ans déjà, le Dr Dulles s'était fait l'ardent défenseur de ce procédé de taille.

Deux ans plus tard, en février 1883, communiquant à mes collègues trois nouveaux faits de tailles hypogastriques pratiquées par moi l'année précédente, je pouvais constater que la cause était entendue et gagnée.

« Depuis ma première communication, disais-je, grâce surtout à la haute intervention du professeur Guyon, la taille hypogastrique a décidément repris droit de cité parmi nous; elle semble désormais devoir être l'opération de choix toutes les fois qu'en présence d'un calcul volumineux et dur, on sera obligé de renoncer à la lithotritie. Telle est, du moins, l'impression que laisse la lecture de l'important mémoire, dans lequel M. Guyon, analysant les huit opérations pratiquées par lui dans le cours de l'année dernière (1882), étudie avec l'autorité qui lui appartient le manuel opératoire et les indications de la taille hypogastrique. Telle est aussi la conclusion à laquelle s'arrête un de ses élèves, le Dr Broussin, dans sa récente thèse inaugurale. Telle est enfin l'idée que défend encore M. P. Reclus dans son excellente revue insérée dans la *Gazette hebdomadaire*. Je ne viens pas à mon tour, à l'aide d'arguments semblables, défendre la même thèse. Aussi bien la démonstration peut-elle être consi-

dérée comme faite. Il reste à établir que la pratique est d'accord avec la théorie. »

On sait si, depuis lors, les faits se sont multipliés, et à quel point les résultats ont été conformes aux espérances des ouvriers de la première heure.

J'ai eu encore une fois, en 1884, occasion de revenir sur ce sujet pour établir que, chez les enfants, la taille hypogastrique avait ses avantages, qu'elle était du moins, chez eux aussi, une opération facile et innocente.

---

17. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. IX, *p.* 650, 1883.)
(Rapport sur un travail de M. Bazy.)

Ce travail n'a d'autre mérite que d'avoir donné une analyse étendue de l'important mémoire de M. Bazy, qui, le premier en France, osait attaquer de front une tumeur de la vessie par résection partielle de l'organe. « On sait, disais-je en terminant, combien la chirurgie, en face du cancer de la vessie, se sentait pauvre et désarmée. J'ai pu vous montrer, après M. Bazy, à l'aide de son observation et de celles qu'il a rassemblées, qu'une thérapeutique active, visant soit l'ablation de la tumeur, soit du moins le soulagement du malade, est dans certains cas possible. Son travail n'aurait-il eu d'autre effet que d'établir ce point de pratique, qu'il resterait une œuvre bonne et utile. »

18. — Des applications de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. X, p. 196, 1884.)
(Rapport sur un travail de M. Henriet.)

Je fais ressortir le point original de la communication de M. Henriet, consistant en ceci que, dans les cas de corps étrangers anciens de la vessie, ceux-ci sont habituellement recouverts d'une coque calcaire; qu'il y a donc avantage à recourir d'abord à un lithotriteur pour briser cette coque; que, ce premier temps effectué, le corps étranger pourra souvent être retiré par les voies naturelles; que si l'on échoue, alors, mais alors seulement, on se résignera à pratiquer la taille.

19. — Étude expérimentale sur la position des corps étrangers de forme allongée dans la vessie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 160, 1885.)
(Rapport sur un travail de M. Henriet.)

A la suite de M. Henriet, en m'appuyant sur ses expériences et sur la vérification clinique de ces données faite au lit du malade par M. Guyon, je rappelle que les corps étrangers de la vessie obéissent bien plutôt aux lois physiologiques de la contraction vésicale qu'aux lois physiques de la pesanteur; que dans la vessie la plus rétractée, comme l'a montré M. Guyon, l'instrument explorateur a toujours une très réelle liberté dans le sens du diamètre transversal; qu'il existe donc dans la vessie une région qui reste *cavitaire*, quel que soit le degré d'effacement apparent de l'organe. C'est dans cet espace, tout près du col, que dans les cas de distension moyenne de la vessie, les corps étrangers rigides ou allongés viennent fatalement se loger. D'où cette double conséquence, qu'il est non seulement inutile, mais fâcheux, de sur-distendre la vessie par une injection, lorsque l'on procède à la recherche d'un corps étranger de cette sorte; et, d'autre part, que le corps étranger, prenant nécessairement

une direction transversale, il faudra nécessairement aussi le redresser, pour que son extraction devienne possible. Ces conclusions ne s'appliquent qu'aux corps étrangers rigides dont la longueur n'excède pas 6 à 7 centimètres. Si elle atteint 8 à 9 centimètres, c'est-à-dire si elle dépasse celle du diamètre transverse de la vessie, le corps étranger devra forcément prendre une direction plus ou moins oblique et même verticale.

Les corps étrangers petits et arrondis se logent aussi dans cet espace cavitaire transversal, c'est donc aussi près du col qu'il faudra les chercher.

20. — Des calcule enchatonnés de la vessie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 504, 1885.)
(Rapport sur deux observations de M. Maréchal et de M. Pousson.)

Je fais dans ce rapport une étude complète des calculs enchatonnés de la vessie. J'établis d'abord la réalité de l'enchatonnement de la pierre dans la vessie; je cherche ensuite à expliquer le mécanisme suivant lequel cette disposition se produit; je montre enfin qu'en pareil cas la taille hypogastrique s'impose. Mais pour s'y décider d'emblée, et la préférer à la lithotritie, encore faut-il que le diagnostic de l'enchatonnement ait été fait. Je dis comment on peut arriver à le poser, ou du moins à le rendre assez plausible pour que l'on soit autorisé à donner à la taille le pas sur la lithotritie.

21. — Contribution à l'étude de la Cyetocèle inguinale.

(*Revue de chirurgie*, t. IX, p. 701, 1889.)
(En collaboration avec M. H. Delagenière.)

Nous cherchons à établir que dans la grande majorité des cas la hernie de la vessie est précédée par une hernie graisseuse. Cette graisse herniée est celle qui recouvre la face antérieure de la vessie. La paroi vésicale suit

et s'engage dans l'anneau inguinal. Dans la cystocèle confirmée, la vessie herniée demeure coiffée par un véritable lipome herniaire.

Il résulte de là qu'une opération qui consisterait seulement à refouler dans le ventre la vessie dilatée et coiffée de son lipome, toute prête à sortir de nouveau, serait absolument insuffisante.

La cystocèle ne peut être radicalement guérie que si l'on supprime le lipome et avec lui une portion de la vessie distendue.

L'opération ainsi conduite est sans danger, à condition qu'elle se termine par une suture exacte de la vessie ouverte.

On y joindra la fermeture du sac lorsqu'il existe et la suture des piliers.

Le pronostic de la cystocèle est d'ailleurs grave et comporte une intervention énergique.

En prenant des précautions antiseptiques rigoureuses et en suivant les préceptes que nous indiquons, l'opération que nous conseillons sera inoffensive autant qu'efficace.

22. — Du Cathétérisme rétrograde.

(*Annales des maladies des voies génito-urinaires*, t. IV, p. 259, 1889.)
(Note additionnelle. *Ibidem* p. 367.)

Après un rapide historique de la question, je passe en revue les indications et le manuel opératoire du cathétérisme rétrograde. Avec le professeur Duplay, je montre quelle précieuse ressource cette opération constitue dans certains rétrécissements infranchissables de l'urèthre. Mais elle ne me paraît pas moins indiquée, opinion moins communément admise, dans certains cas de rupture traumatique de l'urèthre. Je me demande enfin s'il n'y aurait pas lieu d'y avoir parfois recours dans la rétention d'urine d'origine prostatique. Au sujet de la conduite de l'opération, j'établis la supériorité, toutes les fois qu'il n'y a pas de fistule hypogastrique préexistante, de l'incision (taille sus-pubienne) sur la ponction pour donner passage au cathéter. Je termine par certains détails de technique opératoire (direction de l'incision, introduction du cathéter, sonde à demeure, etc.).

23. — Végétations du gland ayant perforé le prépuce et simnlant une nlcération chancreuse.

(*Bulletins et mémoires de la Société ae chirurgie*, t. XII, p. 940, 1886.)

24. — Article : Pénis. Anatomie et Pathologie.

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. XXII, 1886.)
(En collaboration avec M. le Dr Brun.)

VI. — AFFECTIONS DU TESTICULE.

1. — De la castration dans l'ectopis inguinale dn testicnle.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 932, 1879.
Ibidem, t. VII, p. 45, 1880.)

2. — Mémoire snr le même snjet.

(*Archives générales de médecine*, 7e séiie, t. V, p. 129, 1880.)
(En collaboration avec le Dr Terrillon.)

L'histoire de la castration inguinale dans l'ectopie n'avait jamais été faite à la Société de chirurgie. Je lus sur ce sujet devant mes futurs collègues une note qui fut l'objet d'un rapport par M. Terrillon.

Presque à la même époque nous reprîmes ensemble la question dans un mémoire étendu appuyé sur l'analyse de plus de 50 observations.

Voici les conclusions de ce travail :

1. La castration inguinale n'est pas une opération dangereuse. Dans la grande majorité des cas elle n'est pas suivie de mort.

2. La péritonite n'est pas, comme on l'a soutenu, une conséquence pour ainsi dire fatale, et surtout fatalement mortelle de l'opération. Elle

est, au contraire, peu fréquente. Sur 50 cas, elle n'a été observée que trois fois et n'a entraîné qu'une seule fois la mort.

3. Les indications de la castration inguinale ne doivent donc pas différer sensiblement de celles de la castration scrotale.

4. Dans les cas de tumeur, elle sera pratiquée avec d'autant moins d'hésitation, que les dégénérescences de la glande ectopiée sont le plus souvent de nature cancéreuse, et que le testicule inguinal est en tout cas perdu pour la fonction génératrice.

5. On pourra donc et on devra opérer de bonne heure avec l'espoir d'éviter, en agissant en temps opportun, les récidives qui jusqu'ici se sont montrées presque constantes.

6. La castration inguinale est encore indiquée, lorsque le testicule ectopié est douloureux ou qu'il est le siège d'accidents inflammatoires graves (pseudo-étranglement) ou répétés. L'inutilité de l'organe au point de vue fonctionnel parle, ici encore, en faveur d'une intervention active.

7. L'opération est facile, et n'exige pas en général l'emploi de procédés particuliers.

3. — Observation de castration inguinale avec remarques sur le procédé employé, etc.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIII, p. 510, 1887.)

J'insiste sur l'importance qu'il peut y avoir à faire l'ablation complète du sac séreux, enveloppant le testicule ectopié, suivie de fermeture exacte, au niveau de l'anneau inguinal-interne, du conduit vagino-péritonéal, qu'il y ait soit hernie concomitante, soit menace de hernie.

4. — Essai sur le lymphadénome du testicule.

(*Archives générales de médecine*, 7e série, t. IV, p. 34, 1879.)
(En collaboration avec le Dr Terrillon.)

Nous avons essayé dans ce travail de tracer l'histoire, encore mal connue, du lymphadénome du testicule. L'étude anatomique de cette variété de néoplasme de la glande séminale est faite d'après les pièces que nous avons eues entre les mains. Nous notons les obscurités du diagnostic, qui serait facilité, s'il est vrai que le lymphadénome peut frapper à la fois les deux testicules. La généralisation est précoce et rapide, et le pronostic d'autant plus grave que l'intervention chirurgicale a été jusqu'ici sans effet utile.

5. — Le cancer du testicule chez les enfants.

(*Progrès médical*, t. XII, p. 427, 447, 471, 1884.)

Après un rapide aperçu sur le cancer chez les enfants en général, où je mets à profit les travaux de Duzan, de Le Vaillant, de Picot, etc..., je trace l'histoire du cancer du testicule dans l'enfance, j'en discute la fréquence, je montre que le diagnostic en est possible, j'insiste enfin sur l'extrême gravité du pronostic. La mort par généralisation est à peu près constante, alors même que la castration paraît avoir été faite en temps utile.

6. — Sarcome du testicule. Pronostic.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 249, 1888.)

A propos d'un cas, présenté par M. Jalaguier, de non-récidive de sarcome du testicule, constatée trois ans après la castration, je cite les très rares cas semblables, au nombre de trois, dont un personnel.

7. — Contribution à l'étude de l'hématocèle traumatique du testicule.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 261, 1881.)

Après avoir montré combien sont rares dans la science les observations d'hématocèle traumatique du testicule, je cherche à établir, à l'aide d'expériences faites de concert avec mon ami le Dr Terrillon, les conditions dans lesquelles cette lésion peut se produire. Ces conditions sont au nombre de deux principales : fixation de l'organe, grande violence du coup porté, évaluée dans nos expériences à 50 kilogrammes. Nous faisons remarquer combien rarement ces deux conditions sont réalisées en clinique, d'où la rareté de l'hématocèle testiculaire vraie chez l'homme.

8. — De la contusion du testicule et de ses conséquences.

(*Archives générales de médecine*, 7e série, t. VIII, p. 451, 1882.)
(En collaboration avec le Dr Terrillon.)

Les faits indiqués dans le précédent travail sont plus longuement et plus complètement exposés dans ce mémoire. Nous y joignons l'étude détaillée des lésions primitives et consécutives, qui se produisent dans le testicule contus.

Voici les conclusions de ce travail :

1° La contusion du testicule est souvent suivie de phénomènes douloureux, passagers, sans désordres locaux appréciables, ni réaction consécutive.

2° Lorsqu'elle est plus vive, elle produit dans le parenchyme testiculaire des lésions matérielles incontestables, qui donnent lieu à une réaction inflammatoire plus ou moins vive, conduisant habituellement à l'atrophie de l'organe, plus rarement à la suppuration.

3° Il est donc permis de dire que l'orchite traumatique par contusion est le plus souvent une *orchite atrophique*, d'un pronostic grave pour la fonction.

On peut lui reconnaître trois degrés :

Le premier, avec de simples hémorrhagies dans le tissu cellulaire.

Le second, avec des foyers hémorrhagiques correspondant à la rupture des tubes séminifères.

Le troisième, caractérisé par la rupture de l'albuginée, avec issue des tubes dans la vaginale : c'est l'écrasement du testicule.

4° L'atrophie est particulièrement fréquente chez l'adolescent; la suppuration s'observe surtout chez les vieillards et les individus prédisposés.

5° L'épididyme peut être atteint en même temps que le testicule, mais il a moins de tendance à s'atrophier.

6° Les lésions périphériques siégeant soit dans la vaginale, soit dans le tissu cellulaire péri-épididymaire, masquent souvent l'affection primitive et sont fréquemment une cause d'erreur; elles peuvent faire croire à des désordres qui n'existent pas ou faire méconnaître ceux qui existent.

7° La fréquence de l'orchite par contusion a été beaucoup exagérée. Elle est souvent confondue avec l'orchite uréthrale, le malade rapportant à un choc la douleur qui annonce le début de cette affection. L'examen attentif de l'urèthre permettra seul d'éviter l'erreur.

8° Certaines orchites diathésiques sont aussi considérées à tort comme d'origine traumatique. Le traumatisme peut cependant en pareil cas jouer le rôle de cause déterminante.

On doit admettre en effet que la contusion peut amener l'éclosion d'une affection tuberculeuse ou syphilitique du testicule chez des individus atteints de ces diathèses, ou hâter l'évolution de tubercules demeurés jusqu'alors à l'état latent.

9. — Atrophie du testicule à la suite d'une contusion (Orchite traumatique vraie).

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 561, 1894.)

Il résulte des détails de l'observation qu'il s'agit bien dans ce cas d'un exemple rare d'orchite traumatique vraie, aboutissant, comme dans nos expériences de contusion du testicule, à l'atrophie de l'organe.

10. — Tuberculose testiculaire et castration.

(*Progrès médical*, p. 797, 824, 1885.)
(Leçon clinique faite à l'hôpital Necker.)

Après une rapide revue de l'histoire de la tuberculose du testicule, j'aborde la question du traitement à lui opposer et particulièrement la valeur de la castration — et je conclus : « En somme, la tuberculose testiculaire n'est pas de celles dont il faille désespérer trop vite. Au traitement général employé de tout temps, et qui s'est récemment enrichi de ressources nouvelles, vous saurez joindre, sous bénéfice des réserves que j'ai formulées, une thérapeutique plus active pouvant aller jusqu'à l'ablation de l'organe malade. Vous supprimerez ainsi le mal local et les conséquences qu'il entraîne, et surtout vous pourrez, lorsque la lésion est encore limitée à la glande séminale, vous opposer à une généralisation, dont les recherches modernes nous ont dévoilé le secret. »

11. — Remarques sur la sclérose du testicule dans l'hématocèle vaginale.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 598, 1888.)

La sclérose du testicule consécutive à la vaginalite chronique (hématocèle), sur laquelle M. Pilliet a récemment attiré l'attention, pourrait expliquer le défaut de spermatogénèse que l'on observe chez certains sujets atteints d'hématocèle vaginale.

12. Orchidopexie. Indications et technique.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XV, p. 321, 1889. *Ibidem*, p. 284, 1890; p. 481, 1891; p. 194, 1893.)

13. — Observations d'orchidopexie et présentation de malades.

(*Ibidem*, p. 287, 1890; p. 475, 1891; p. 847, 1892; p. 751, 1893.)

J'ai pratiqué six fois cette opération. J'ai, à diverses reprises eu occasion soit d'en exposer les indications, soit d'insister sur certains détails de technique. A l'exemple de Max Schüler et de M. L. Championnière, je m'attache à libérer très complètement l'organe avant de l'attirer dans le scrotum.

Sur un malade revu et présenté un an après l'intervention, le résultat obtenu était remarquable.

14. — De la cure radicale de l'hydrocèle vaginale par les injections d'acide phénique pur.

(De Lambert. — *Thèse inaugurale*, Paris, 1889.)

Mon élève, M. de Lambert, a recueilli dans mon service un certain nombre de cas d'hydrocèles traitées par l'injection d'acide phénique pur. Ce qui fait l'intérêt de ce travail, c'est que pour onze de ces cas, il a pu retrouver les opérés et s'assurer du résultat définitif obtenu. Chez tous la guérison persistait au bout d'un an et plus.

L'avantage de ce procédé est qu'il est beaucoup moins douloureux, et, on le voit, au moins aussi efficace, que d'autres plus communément employés.

15. — Traité des maladies du testicule et de ses annexes.

(Par Ch. Monod et O. Terrillon, 1 vol. in-8°, 804 p., 92 fig. Masson, éditeur, Paris, 1889.)

A l'époque où nous avons publié ce traité il n'existait pas en France d'autre livre sur les maladies du testicule que celui de Curling, traduit et annoté par Gosselin. Cet ouvrage datait de plus de trente ans.

« Depuis lors, disions-nous dans la préface de notre livre, de nombreux travaux, publiés en France et à l'étranger, ont augmenté la somme de nos connaissances relatives à la pathologie de la glande séminale.

« Le moment semblait venu de disposer ces matériaux en une œuvre d'ensemble.

« Des recherches personnelles, faites en vue d'élucider certains points obscurs, nous préparaient à cette tâche.

« Nous ne nous en sommes pas dissimulé les difficultés. Nous savions que certaines questions posées demeureraient sans solution satisfaisante; que l'étude si ardue des tumeurs du testicule, en particulier, ne pourrait, faute de documents suffisants, être entièrement menée à bien.

« Malgré ces imperfections inévitables, nous nous sommes efforcés de faire un traité à la fois élémentaire et complet, utile aux élèves et aux praticiens. Peut-être, au moins sur quelques points, sera-t-il digne d'attirer aussi l'attention des hommes de science pure. »

Il me sera peut-être permis d'ajouter que l'accueil fait à notre livre nous a amplement récompensés de nos efforts.

VII. — AFFECTIONS DES VOIES GÉNITO-URINAIRES CHEZ LA FEMME.

1. — Cure des fistules recto-vulvaires et recto-vaginales inférieures par l'incision et la périnéorrhaphie immédiate.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VIII, p. 655, 1882, et *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, t. I, p. 46, 1883.)

Je présentais à la Société de chirurgie, en 1882, l'observation d'une malade atteinte d'une fistule recto-vaginale inférieure, déjà plusieurs fois opérée sans succès, heureusement guérie par l'incision large et la périnéorrhaphie immédiate.

Je repris, l'année suivante, ce sujet dans un mémoire plus étendu et montrai les avantages de ce procédé, qui, déjà employé par Ricord et Dolbeau, a surtout été défendu par le professeur Richet.

2. — Périneorrhaphie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. X, p. 337, 1884.)

Sur l'invitation de M. Trélat, je communiquai à la Société de chirurgie certains détails sur le procédé employé par M. Terrillon et par moi-même dans plusieurs opérations de périnéorrhaphie paratiquées de concert.

Le procédé employé était celui d'Emmet, avec de très légères modifications. J'en fais ressortir les avantages et montre les bons résultats qu'on en peut obtenir.

3. — Traitement des cystalgies chez la femme par la dilatation forcée et rapide de l'urèthre.

(*Annales des maladies des organes des voies génito-urinaires*, t. III, p. 289, 348, 1885)
(En collaboration avec M. H. Gauthier.)

Je reproduis les principales conclusions de ce long mémoire :

1° Dans les *affections néoplasiques de la vessie*, la dilatation de l'urèthre peut tout au plus amener un soulagement momentané. On peut craindre que le traumatisme opératoire ne hâte la marche du mal. La dilatation ne pourra donc, en pareil cas, avoir d'autre objet que le diagnostic et l'ablation de la tumeur.

2° Dans les *cystites simples*, ce n'est qu'en présence de l'inefficacité reconnue des moyens ordinairement employés que l'on pourra songer à une intervention chirurgicale. Les douleurs et la fréquence des mictions sont parfois telles que l'on a proposé de pratiquer, pour y porter remède, une fistule vésico-vaginale. Avant d'avoir recours à cette ressource, il vaudra mieux s'adresser d'abord à la dilatation forcée qui procure parfois des soulagements inespérés.

3° Mais c'est surtout contre les états désignés sous le nom de *vessie irritable* (*irritable bladder*) que la dilatation est véritablement efficace. Que la cystalgie soit symptomatique (fissure du col, lésion de l'utérus, du vagin, de l'anus) ou qu'elle paraisse idiopathique, la dilatation forcée amènera le plus souvent la disparition des douleurs et du spasme.

Quelques indications sur le manuel opératoire de la dilatation forcée terminent ce mémoire.

4. — Laparotomie et Grossesse.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 180, 1885.
Ibidem, t. XIV, p. 101 et 121, 1888.)

Une laparotomie, faite au cours d'une grossesse, n'interrompt pas nécessairement le cours de celle-ci. A ce point de vue, elle est d'autant moins grave que la grossesse est moins avancée. J'apporte à l'appui de cette manière de voir deux observations personnelles et une statistique antérieurement publiée.

5. — Fibrome utérin. Hyetérectomie abdominale.

(*Ibidem*, t. XI, p. 279, 1885.)

Tumeur volumineuse, pesant plus de deux kilogrammes, développée dans les parois mêmes de l'utérus, qui a dû être enlevé en son entier (hystérectomie sus-vaginale). Pédicule utérin fixé dans la paroi, traité suivant les préceptes d'Hégar. Guérison sans incident.

6. Kyste dermoïde de l'ovaire. Ovariotomie.

(*Ibidem*, p. 464, 1885.)

Chez une femme de 46 ans, qui ne s'est aperçue de l'existence de la tumeur qu'un an avant l'opération. Cas type de kyste dermoïde avec poils et dents implantées dans des petites masses osseuses, enchâssées elles-mêmes dans les parois kystiques.

7. — Gros fibrome intra-utérin extrait par le vagin.

(*Ibidem*, t. XII, p. 768, 1886.)

Fibrome volumineux inclus de la cavité utérine, donnant lieu à des métrorrhagies considérables. Après section du col, le doigt put reconnaître le point d'implantation sur lequel fut dirigé la serpette de Courty. Le pédicule sectionné, la tumeur put être retirée par le vagin. Guérison rapide.

A propos de ce fait une discussion s'engage sur le traitement des polypes intra-utérins.

8. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Ovariotomie.

(*Ibidem*, t. XIII, p. 140, 1887.)

Ce fait vient à l'appui de quelques-unes des remarques faites par M. Terrillon sur les effets de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire : altération des parois de la poche, et adhérences étendues; épanchement sanguin abondant dans le kyste; douleurs violentes, subites, qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

9. — Fibro-sarcome de l'ovaire. Laparotomie.

(*Ibidem*, t. XV, p. 728, 1889.)

Tumeur du volume d'un melon, développée en un an, s'étant accompagnée d'une ascite considérable, qui, ponctionnée cinq fois, fournissait chaque fois plus de 20 litres de liquide. La tumeur était pédiculée, très mobile; elle fut enlevée avec la plus grande facilité.

10. — Grossesse extra-utérine tubaire. Laparotomie.

(*Ibidem*, t. XVIII, p. 278, 1892.)

Grossesse manifestement tubaire, datant d'environ trois mois. J'attire l'attention sur les difficultés du diagnostic, surtout lorsque, comme chez cette malade, existent des pertes, durant depuis deux mois, et survenues à la suite d'une prétendue fausse couche constatée par un médecin.

11. — Cancer de l'utérus. Hystérectomie vaginale.

(*Ibidem*, t. XIII, p. 379, 1887, t. XIV, p. 880, 1888.)

Au cours de la discussion engagée en 1888 à la Société de chirurgie sur ce sujet, j'ai été conduit à rapporter deux observations où l'intervention, malgré un bon effet immédiat, avait été rapidement suivie de récidive mortelle.

Les opérations, beaucoup plus nombreuses que j'ai pu faire depuis lors, bien que j'aie soin de n'agir que quand le mal est bien limité à l'utérus, ne m'ont pas donné de résultats beaucoup plus encourageants.

12. — Castration ovarienne pour fibrome utérin.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XII, p. 884, 1886.
Ibidem, 1888, t. XIV, p. 441, 447.)

13. — Persistance des règles à la suite de l'ablation des annexes de l'utérus.

(*Ibidem*, t. XV, p. 318, 1889.)
(Rapport sur une observation de M. Macario, de Nice.)

Je signale, à propos d'une observation personnelle, et d'un cas de M. Macario, le retour de pertes sanguines, en dehors ou à l'époque des règles, à la suite d'une castration ovarienne double. Je cherche la raison

de ce fait, ordinairement attribué à une ablation incomplète des ovaires, explication qui, dans mon cas, ne me semble pas suffisante.

14. — Volumineux fibrome kystique de l'utérus simulant, même après ablation, un kyste de l'ovaire.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 54, 1894, et *Bulletin de la Société anatomique*, p. 12, 1894.)

La description complète de cette pièce curieuse a été donnée par mon interne, M. Raffray, à la Société anatomique. Le diagnostic porté avait été : *kyste de l'ovaire*. A propos de cette communication, M. Routier et M. Segond ont rapporté deux faits semblables.

15. — Prolapsus utérin. Paraplégie. Hystérectomie vaginale. Amélioration de la paraplégie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 132, 1894.)

Je n'ai trouvé dans les auteurs que quatre cas pouvant être rapprochés de celui que je rapporte. Le fait a paru à la fois intéressant et encourageant au point de vue de l'utilité, en pareille circonstance, d'une thérapeutique active.

16. Cancer de la cavité utérine.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 362, 1894.)

L'utérus très mobile, avec un col absolument sain, était en forte rétroversion. On avait songé à un corps fibreux développé à la face postérieure de l'utérus, et en ayant déterminé la rétroversion. C'était le corps utérin lui-même, augmenté de volume, qui occupait le cul-de-sac de Douglas. Les métrorrhagies très abondantes étaient dues à un cancer développé dans la cavité utérine.

M. Segond a vu, deux ou trois fois, prendre pour un utérus fibromateux tombé dans le cul-de-sac, un utérus contenant une tumeur de mauvaise nature dans sa cavité.

VIII. — AFFECTIONS DU TRONC ET DES MEMBRES.

1. — Gonflement énorme des seins chez une femme enceinte.

(*Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 738, 1881.)

Le gonflement était tel que la question d'un avortement provoqué se posait, pour remédier à l'état de dépérissement de la malade, qui n'était qu'au quatrième mois de sa grossesse.

2. — Myxosarcome très volumineux du sein. Quatre opérations successives. Sarcome du dos trois ans plus tard, cinq opérations.

(*Bulletins de la Société anatomique*, p. 485, 1889.)

Ce fait établit à la fois et la bénignité relative de certains sarcomes et leur tendance à la récidive.

La tumeur primitive, qui avait fait sa première apparition vingt-six ans avant l'opération, formait une masse énorme, ulcérée, qui après ablation pesait 5 kilogrammes et demi. La malade, opérée pour la première fois en février 1889, dut l'être de nouveau pour récidive locale en mai et octobre 1890 et avril 1891. Depuis lors, pas trace de repullulation dans la région du sein. Mais trois ans plus tard, en février 1894, apparition dans le dos d'une tumeur de même nature qui a dû être opérée déjà cinq fois, la dernière en juin 1893. L'état général de cette malade demeure excellent, ni cachexie ni trouble quelconque de la santé.

3. Cancer du sein. Amputation. Résultats.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XI, p. 25, 1885.)

A propos d'une discussion sur le pansement des plaies en général et celui des plaies d'amputation du sein en particulier, je communique les faits de ma pratique, les envisageant tant au point de vue des résultats immédiats qu'à celui de la guérison définitive.

4. — Pronostic et traitement du cancer du sein.

(*Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker*, p. 37, Paris, 1884.)

A l'aide de documents récents, j'essaye de serrer de plus près la question du pronostic du cancer du sein, en cherchant à fixer par la méthode numérique la durée des diverses phases de la maladie.

Pour ce qui est de l'intervention, je réponds aux objections de ceux qui la condamnent; je montre que la récidive n'est pas absolument fatale, que d'ailleurs la survie des opérées est plus longue que celle des non-opérées.

Mais, pour être utile, encore faut-il que l'opération soit *précoce* et *complète*.

5. — Cancer du sein.

(*Bibliothèque Charcot-Debove*, 198 p., 8 fig. Paris, 1894.)
(En collaboration avec M. Jayle.)

Exposé élémentaire mais complet de la question. On trouvera dans ce volume la statistique des cancers du sein opérés par moi depuis 1877.

6. — Cancer du poumon et des plèvres; thoracentèse donnant issue à du sang pur.

Bulletin de la Société anatomique, p. 222, 1869.

Cette observation, recueillie dans le service du professeur Gosselin, a été l'objet d'un important rapport de mon regretté maître et ami Damaschino, qui mettait bien en relief l'intérêt du fait au double point de vue du diagnostic et de l'anatomie pathologique.

7. — Fistule pleurale. Opération d'Estlander et ses dérivés.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. X, p. 14, 82, 84, 694, 1884.)
(*Ibidem*, t. XXI, p. 298, 1895.)

Je communiquais à la Société de chirurgie, en 1884, l'histoire d'un malade auquel j'avais pratiqué l'opération dite d'Estlander, opération alors encore peu répandue, et qui est loin de donner tous les résultats qu'on serait en droit d'en attendre.

J'ai, cette année même, présenté à mes collègues un malade opéré par le procédé plus rationnel de M. Delagenière. La guérison semblait complète. Je dois ajouter que depuis j'ai dû, à ce même malade, pratiquer une nouvelle résection costale, motivée par une petite fistule persistante.

8. — Fistules pleurales. Opération d'Estlander.

(*Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker*, p. 62, Paris, 1884.)

Exposé plus complet du même sujet. — Traitement chirurgical de la pleurésie purulente. Améliorations récentes apportées à l'opération. Pleurotomie antiseptique et précoce. Fréquence néanmoins des fistules rebelles et leur cause. Opération d'Estlander; son but; manuel opératoire. Résultats. Statistique. Cause des insuccès.

9. — Gangrène dn poumon. Pneumotomie. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVIII, p. 578, 1892.)

Je pourrais joindre à ce fait trois autres observations de pneumotomie pour abcès du poumon, qui doivent être publiées dans un travail d'ensemble que je prépare sur le sujet.

---

10. — Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau (sans lésion viscérale). Hernie de l'estomac et de l'épiploon. Résection de l'épiploon. Réunion. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 355, 1888.)

Cette observation est une nouvelle démonstration de ce fait qu'il existe des plaies pénétrantes de l'abdomen par instrument piquant et tranchant sans lésions des organes eontenus.

11. — Tumeur fibrense profonde de la paroi abdominale (appréciable par le toucher vaginal) prise pour une tumeur solide de l'ovaire. Laparotomie. Guérison.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIX, p. 283, 1893.)

Ce fait met en relief certaines difficultés de diagnostic des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale. Celle-ci très mobile, était nettement perceptible par le toucher, à droite de l'utérus. On crut à une tumeur solide de l'ovaire. Ce fut seulement au cours de l'opération que l'on reconnut ses connexions avec la paroi et son indép-ndance complète de l'ovaire.

---

12. — Lipome volumineux (sous-pectoral) du creux de l'aisselle.

(Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, t. XIV, p. 241, 1888.)

Lipome volumineux s'étendant du sommet du creux de l'aisselle jusqu'au-dessous de la clavicule, en passant par conséquent sous le grand pectoral. Enucléation facile à travers une incision courte faite dans l'aisselle. Je n'ai pu trouver, dans les auteurs, que trois cas semblables.

13. — Anévrysme de la sous-clavière (3e portion); ligature simultanée de la sous-clavière immédiatement au-dessus de la clavicule et de la carotide. Guérison.

(Communication à l'Académie de médecine. Rapport de M. le professeur Paul Berger.)
(Bulletin de l'Académie de médecine, 3e série, t. XXXIII, p. 97, 1895.)

« Ce fait, dit M. Berger, est un exemple unique de guérison d'un anévrysme de la 3e portion de la sous-clavière par la ligature simultanée de ce vaisseau, entre la clavicule et la tumeur, et de la carotide primitive. Il vient ajouter l'appoint d'un succès au revirement d'opinion qui s'est opéré, dans ces derniers temps, en faveur de la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes des gros troncs artériels siégeant à la base du cou. »

M. Berger estime que le titre de cette observation devrait être légèrement modifié. « Ce n'est pas, dit-il, un anévrysme de la troisième portion de la sous-clavière seulement que M. Monod a eu à traiter, mais un anévrysme occupant toute l'étendue de la sous-clavière, et s'étendant même peut-être au tronc innominé. » Il donne les raisons qui motivent cette manière de voir et il conclut ainsi :

« En résumé, l'observation si intéressante que nous a communiquée M. Monod est un exemple nouveau des difficultés que rencontre le diagnostic des anévrysmes siégeant sur les gros troncs artériels de la base du cou. La conduite qu'il a si habilement et si heureusement suivie

contribuera à fixer les indications et les règles de l'intervention dans ces cas si graves, et prouve l'efficacité des ressources dont la chirurgie est actuellement pourvue à leur égard. »

---

14. — Nécrose de la tête humérale. Ossification totale de la capsule articulaire.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie* t. XVI, p. 207, 1890).

Cas rare d'ossification totale de la capsule de l'articulation scapulo-humérale, formant un véritable manchon osseux, ouvert à ses deux extrémités, et contenant la tête de l'humérus nécrosée.

15. — Suture du Nerf médian. Réunion. Retour presque immédiat de la sensibilité.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XII, p. 933, 1886.)

A propos de ce malade, chez lequel il y eut dès le lendemain retour apparent de la sensibilité dans le territoire du nerf médian, je fais remarquer combien il importe de rechercher avec soin le moindre indice d'anesthésie (expérience de la double pointe) avant d'affirmer la régénération précoce du nerf coupé et suturé.

16. — Suture du nerf radial. Rétablissement immédiat des fonctions.

(*Ibidem*, t. XX, p. 105, 1894.)

Cas semblable au précédent.

Le malade a été présenté à la Société de chirurgie, quatre jours après l'opération.

17. — Gangrène phéniquée des doigts.

Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie, t. XV, p. 394, 1889.)
(*Ibidem*, t. XX, p. 558, 1894.)

A deux reprises, j'ai entretenu la Société de chirurgie de cas de gangrène sèche, profonde des doigts, survenue à la suite d'applications d'une solution phéniquée peu concentrée. Plusieurs de mes collègues ont rapporté des faits semblables, dont l'explication demeure difficile.

---

18. — Éléphantiasis des deux membres inférieurs.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 855, 1881.)

Chez une femme de 70 ans, la lésion ayant débuté à l'âge de 18 ans. Jusque dans ces derniers temps, la malade n'en a pas été autrement incommodée, malgré le volume énorme des deux membres.

J'insiste sur ce point qui a une certaine importance au point de vue des indications du traitement chirurgical de l'éléphantiasis. En présence des résultats négatifs ou douteux donnés par la ligature de la fémorale, il est intéressant de montrer que l'infirmité liée à l'éléphantiasis n'est pas telle qu'elle nécessite absolument une intervention opératoire.

19. — Amputation sus-condylienne de la cuisse, avec conservation et suture de la rotule (opération de Gritti).

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 480, 1888.)

20. — Corps étrangers du genou. Arthrotomie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. VII, p. 742, 1881.)
(*Ibidem*, t. XVIII, p. 359, 1893.)

Un de ces faits présente cet intérêt que les corps étrangers, ayant l'aspect et le volume de corps riziformes, étaient en nombre cousidérable.

21. — Fracture de la rotule. Suture.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XVII, p. 798, 1891.)
(*Ibidem*, t. XIX, p. 264, 1893.)

J'ai pratiqué onze fois la suture de la rotule fracturée, sans aucun décès. Une fois, par suite d'une faute d'antisepsie, il y eut arthrite suppurée et ankylose. Dans tous les autres cas, le résultat a été parfait. J'ai, dans les six derniers cas, eu recours à la suture dite en lacet, préconisée par M. Périer. Il m'a semblé qu'on obtenait de la sorte une meilleure coaptation des fragments.

22. — Indications et contre-indications du traitement des fractures non ouvertes par la suture osseuse.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 531, 1894.)

A propos d'une communication de M. Nélaton sur ce sujet, je cite des faits qui établissent pour moi la supériorité de l'extension continue, bien appliquée, dans le traitement des fractures. Bien rares sont les cas, où, pour les fractures non ouvertes, il faille en venir à la suture.

23. — Pied bot. Ablation de l'astragale. Bon résultat orthopédique.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIII, p. 726, 1887.)

24. — Clinodactylie (Hallux valgus). Résection de la tête du premier métatarsien.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XIV, p. 876, 952, 1888.)
(Et Quevedo De l'Hallux valgus (orteil ou équerre, en croix ou clinodactylie) et de son traitement chirurgical *Thèse inaugurale*. Paris, 1894.)

J'ai eu plusieurs fois occasion de pratiquer cette opération avec les meilleurs résultats. Mes observations, avec indication du procédé opératoire employé, ont été publiées par M. Quevedo dans sa thèse inaugurale.

25. — Amputation congénitale et syndactylie.

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, t. XX, p. 272, 1894.)

La coïncidence, chez le sujet de cette observation, d'une syndactylie, d'un pied bot, de sillons et d'amputations congénitaux vient à l'appui de l'hypothèse émise par Longuet, à savoir que ces diverses lésions relèvent de troubles trophiques survenus pendant la vie intra-utérine, troubles qui seraient eux-mêmes sous la dépendance d'une lésion encore inconnu du système nerveux central.

DIVERS

Éloge de Paul Broca, lu à la Société anatomique.

(*Bulletin de la Société anatomique*, p. 94, 1881.)

Éloge de Philippe Ricord, lu à la Société de chirurgie

(*Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, p, 22, 1892.)

Éloge d'Ulysse Trélat, lu à la Société de chirurgie.

(*Ibidem*, p. 20, 1893.)

Éloge de Richet, lu à la Société de chirurgie.

(*Ibidem*, p. 18, 1894.)

Éloge de Léon Le Fort, lu à la Société de chirurgie.

(*Ibidem*, p. 18, 1895.)

Le Cinquantenaire de la Société de chirurgie. Notice historique.

(*Ibidem*, p. 568, 1893.)

31 994 — Imprimerie Lahure, 9, rue de Fleurus, à Paris.